

Fact Sheet

Grandfathered Health Plans

Grandfathered health plans are individual and group plans that existed before March 23, 2010, when Congress passed the Patient Protection and Affordable Care Act (federal health care reform law).

Grandfathered plans are exempt from some of the health care reform law's provisions.

What parts of the health care reform law apply to grandfathered plans?

Many of the health care reform law's consumer protections apply to grandfathered plans.

Health plans, including grandfathered plans:

- May not set lifetime dollar limits on essential benefits.
- May not retroactively cancel your coverage (called rescission) because you made a mistake on your application for coverage.
- Must allow consumers to add or keep children on their health policies until age 26, as long as that plan offers dependent coverage; however, this does not apply to group health plans if the dependent is eligible for other employer-sponsored coverage.
- Must comply with medical loss ratio requirements.

What parts of the health care reform law do not apply to grandfathered plans?

Except as required by state law, grandfathered plans are not required to:

- Provide certain preventive services without charging a copayment.
- Offer new protections for consumers who are appealing claims and coverage denials.
- Allow choice of providers.
- Provide access to emergency care.

Grandfathered *individual* health plans are not required to:

- Phase out annual dollar limits on essential benefits.
- Eliminate preexisting condition exclusions for children under 19.

(These protections do apply to grandfathered *group* health plans.)

Can a health plan lose its grandfathered status?

Yes. Your health plan will no longer be grandfathered if:

- It stops offering all or most benefits to diagnose or treat specified conditions, such as, diabetes, cystic fibrosis, or HIV/AIDS.
- It increases the share of health services costs it requires you to pay.
- It increases the deductible, out-of-pocket maximum, or any cost-sharing other than a copayment that were in effect on March 23, 2010, by more than an amount specified by federal regulation.
- It increases your copayment (the fee that you must pay for a covered health service) by more than the specified amount.
- It imposes a new annual limit on the dollar value of all benefits or lowers an existing annual limit.
- Your employer decreases its share of your premium by more than five percentage points (for example, from 20 percent to 15 percent.)

Note: Your health plan may increase your premiums and still be grandfathered, as long as it doesn't make any of the changes listed above.

How can I tell if my health plan is grandfathered?

- Check the materials your plan gives you that describe the benefits it provides. Health plans must disclose their grandfathered status each new plan year. The materials will tell you whom to contact with questions or complaints.
- Check with your employer or your health plan's benefits administrator. If you are in a group health plan, the date you joined may not reflect the date the plan was created. New employees and new family members may be added to grandfathered group health plans.

Hoja Informativa

Planes de Salud con Derechos Adquiridos

Los planes de salud con derechos adquiridos (grandfathered health plans, por su nombre en inglés) son planes de salud individuales y en grupo, los cuales existían antes del 23 de marzo de 2010, cuando el Congreso aprobó la Ley de Asistencia Asequible y Protección al Paciente. Los planes de salud con derechos adquiridos están exentos de algunas de las provisiones de la ley de reforma para los servicios de salud.

¿Qué partes de la ley de la reforma del seguro médico aplican a los planes de salud con derechos adquiridos?

Muchas de las protecciones al consumidor de la ley de la reforma del seguro médico aplican a los planes de salud con derechos adquiridos.

Los planes de salud, incluyendo los planes con derechos adquiridos:

- No pueden establecer límites de por vida en dólares por los beneficios esenciales.
- No pueden cancelar en un futuro su cobertura (llamado anulación) porque usted cometió un error en su solicitud para obtener una cobertura.
- Deben permitir que los consumidores agreguen o mantengan a los hijos en sus pólizas de salud hasta los 26 años de edad, siempre y cuando el plan ofrezca cobertura para los dependientes; sin embargo, esto no aplica a los planes de salud en grupo, si el dependiente es elegible para obtener otra cobertura proporcionada por un empleador.
- Deben cumplir con los requisitos de la tasa médica de pérdidas.

¿Qué partes de la ley de la reforma del seguro médico no aplican a los planes de salud con derechos adquiridos?

Excepto cuando sea requerido por la ley estatal, no es requerido que los planes de salud con derechos adquiridos:

- Proporcionen ciertos servicios preventivos sin cobrar un copago.
- Ofrezcan nuevas protecciones para los consumidores que están apelando reclamaciones o la denegación de una cobertura.
- Permitan elegir a los proveedores. Proporcionen acceso a cuidados de servicio de emergencia.

No es requerido que los planes de salud individuales con derechos adquiridos:

- Descontinúen los límites anuales en dólares de los beneficios esenciales
- Eliminen las exclusiones para las condiciones preexistentes para los hijos menores de 19 años. (Estas protecciones aplican a los planes de salud en grupo con derechos adquiridos.)

¿Puede un plan de salud perder su estado de derecho adquirido?

Si. Su plan de salud dejará de ser un plan de salud con derechos adquiridos si:

- deja de ofrecer todos o la mayoría de sus beneficios para diagnosticar o tratar condiciones específicas, tales como la diabetes, fibrosis quística, o VIH/SIDA.
- aumenta la distribución del costo de los servicios de salud que usted debe pagar.
- aumenta el deducible, cantidad máxima a pagar de su bolsillo, o cualquier distribución del costo, aparte del copago que estaba en vigor el 23 de marzo de 2010, a una cantidad mayor de lo que ha sido especificado por las normas federales.
- aumenta su copago (la cantidad que usted debe pagar por un servicio de salud que es cubierto) a una cantidad mayor de lo que ha sido especificado.
- impone un nuevo límite anual en el valor en dólares de todos los beneficios o reduce un límite anual existente.
- su empleador reduce la porción de pago en la prima suya a más de cinco puntos porcentuales (por ejemplo, de 20 por ciento a 15 por ciento.)

Nota: Su plan de salud puede aumentar sus primas y aún así seguir siendo un plan de salud con derechos adquiridos, siempre y cuando no haga alguno de los cambios mencionados en la parte de arriba.

¿Cómo puedo saber si mi plan de salud es un plan con derechos adquiridos?

- Revise los materiales que le da su plan, éstos describen los beneficios que el plan proporciona. Los planes de salud deben revelar cada plan anual, el estado de los derechos adquiridos.
- Verifique con su empleador o con el administrador de su plan de servicios de salud. Si usted pertenece a un plan de salud en grupo, la fecha en que usted se unió a dicho grupo, podría no reflejar la fecha en que el plan fue creado.